

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

N°
384

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LUCIEN CHOQUET

Né à Paris, le 2 Mars 1894

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Assistant du Service de Stomatologie de l'Hôpital Trousseau

Chevalier de la Légion d'Honneur

Recherches anatomiques et cliniques

SUR

la résorption des racines des dents temporaires

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES

Président : M. NOBÉCOURT, professeur

ETAMPES

IMPRIMERIE MAURICE DORMANN

16, Rue Saint-Mars, 16

1926

Recherches anatomiques et cliniques
sur la Résorption des racines des dents
temporaires

Conclusions thérapeutiques



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LUCIEN CHOQUET

Né à Paris, le 2 Mars 1894

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Assistant du Service de Stomatologie de l'Hôpital Trousseau

Chevalier de la Légion d'Honneur

Recherches anatomiques et cliniques

SUR

la résorption des racines des dents temporaires

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES

Président : M. NOBÉCOURT, professeur

ETAMPES

IMPRIMERIE MAURICE DORMANN

16, Rue Saint-Mars, 16

1926



Le Doyen : M. ROGER.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Professeur sans chaire.....	ROUVIÈRE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
.. de JONG	Anatomie pathologique
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER....	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER...	Urologie.
HOVELACQUE...	Anatomie.

MM.	
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBÉ (Henri) ..	Chimie biologique.
LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LÉVY-SOLAL ...	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
TANON.....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice

pour le service des examens

M. GOUGEROT... Pathologie médicale.		M. GUENIOT..... Obstétrique.
M. RETTERER.... Histologie.		

IV. — Agrégés chargés du cours de Clinique à titre permanent

MM.		MM.	
UVRAY.....	Clinique chirurgicale.	LÉRI.....	Clinique médicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	LÉPER.....	Clinique médicale.
IGNIEL-LAVASTINE.....	Clinique médicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
EREBoullet.	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du Cours de Chirurgie orthopédique. chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.....		Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que toutes les opinions
émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE

Monsieur J. CHOQUET

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui fut mon premier maître.

A MA MÈRE

A MON ONCLE

pour ses précieux conseils.

AU DOCTEUR LEFÈVRE

pour sa grande bonté.

A MES AMIS ET CAMARADES DE GUERRE

des 119^e Régiment d'Infanterie.
6^e Division-gr. Brancardiers.
74^e Régiment d'Infanterie.
43^e Régiment d'Artillerie.
5^e Régiment de Tirailleurs.
30^e Bataillon de Chasseurs.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur NOBÉCOURT

*Professeur de clinique des maladies des Enfants
à la Faculté de Médecine*

*Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui a bien voulu accepter la
présidence de notre thèse.
Nous lui en exprimons ici
toute notre respectueuse gra-
titude.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur VAQUEZ.

Monsieur le Docteur ARROU.

Monsieur le Docteur CLAISSE.

Monsieur le Professeur TUFFIER.

Monsieur le Docteur MERY.

Monsieur le Docteur COYON.

Monsieur le Professeur JEANSELME.

Monsieur le Docteur CATHALA.

Monsieur le Docteur CAUSSADE.

C'est à notre maître, Monsieur le Docteur Lemerle, Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, Stomatologiste des Hôpitaux, Chevalier de la Légion d'Honneur, que nous tenons à dédier ces lignes.

En effet, depuis quatre ans que nous avons l'honneur d'être son élève, dans son service de l'Hôpital Trousseau, nous n'avons cessé de trouver auprès de lui de nouvelles marques de son amicale bienveillance, en même temps que les éléments précieux de l'enseignement d'une spécialité qui ne saurait renier ses attaches essentiellement médicales.

Nous lui sommes en particulier redevable de l'inspiration de ce travail, appuyé par des observations de malades prises dans son service.

A la fin de nos études, il nous est infiniment agréable de rappeler les sentiments de respect et d'affection qui nous unissent à l'ami, au maître, au chef.

INTRODUCTION

La question de la résorption des dents temporaires a fait l'objet des recherches d'un grand nombre d'auteurs, qui ont tenté d'emblée d'indiquer les causes et de préciser la marche du processus de la disparition des racines des organes temporaires.

Nous ne prétendons pas ici apporter des données nouvelles à l'explication de cette résorption, mais il nous a paru que l'étude des phénomènes capable d'arrêter, de ralentir ou de modifier l'évolution de ce processus pouvait éclairer la question d'un jour nouveau, et que la confrontation d'un certain nombre de cas cliniques, au besoin complétés par l'examen radiographique, semblables à ces faits que Bacon dans son *Novum Organon* a qualifiés de « *faits cruciaux* » devait, par recoupement, avancer notre connaissance de la nature intime de cette histolyse, et nous faire remonter aux causes générales qui dominent ce phénomène physiologique.

Parmi les malades, enfants et adultes qu'il nous a été possible d'examiner à la consultation de l'Hôpital Trousseau, nous avons été à même de constater quotidiennement le fait suivant :

Chaque fois qu'au niveau d'une dent temporaire la pulpe a disparu, à la suite soit d'un processus pathologique (mortification pulpaire) soit d'une régression physiologique (calcification), la résorption des racines ne se fait pas, ou bien cesse

si elle est déjà commencée. Le phénomène est absolument constant.

Sans présumer de nos conclusions, nous pouvons déjà en induire que le rôle de la pulpe est primordial dans la résorption.

Cette hypothèse, d'ailleurs, a déjà été envisagée.

J.-E. Oudet, dans sa publication : *Des dents et de la dentition* (1835), avait déjà perçu l'importance du rôle de cet organe :

« Devenues à l'époque de leur renouvellement de véritables corps étrangers, il s'établit autour des dents temporaires un travail organique qui tente à en opérer l'expulsion. Toutes les parties qui sont en contact avec elles, la membrane fibreuse qui entoure la racine, les vaisseaux qui se rendent à la pulpe, sont le siège d'un mouvement vital qui active l'énergie de leurs fonctions absorbantes.

« *La pulpe elle-même participe à cet acte* et nous présente « le phénomène singulier d'un organe producteur qui se « transforme en agent de destruction. »

Et plus loin, devançant Galippe et Malassez (*Les débris épithéliaux paradentaires*, 1888), dont on croirait déjà voir les belles images histologiques :

« A mesure que, par les progrès de la détritition, la racine « perd de sa longueur, son volume diminue, *en même temps* « *que son canal s'agrandit.*

« Pour les dents dont la substance dure est privée de « tout système vasculaire, il se fait à leur surface, et pro- « cède de la circonférence au centre ».

Comme on le voit, cet auteur attachait déjà à l'intégrité pulpaire une importance qu'on reconnaît de plus en plus aujourd'hui.

Pierre Robin (*Du rôle de la mastication et du sac folliculaire dans l'ascension des dents*, Th. Paris, 1889) reprenant

cette idée, affirme que la pulpe a un rôle indispensable dans le phénomène de la résorption.

Cruet (Compte-rendu de la Société de Stomatologie, Janvier 1906), dit aussi :

« Je persiste, d'ailleurs, à croire que la pulpe, organe de production de l'ivoire, peut être aussi *organe de résorption* et d'élargissement du canal dans certaines conditions ».

Lassudrie (*Rev. Stomat.* 1906), à propos d'une résorption radiculaire de dent permanente atteinte de carie pénétrante, observe : « ...le canal radiculaire reste ici normal, « tandis que dans la résorption des dents de lait, les parois « du canal, en même temps que celles extérieures de la « racine, sont simultanément résorbées. Cette particularité très intéressante a été nettement établie par M. Gallippe. »

En 1909, paraît un travail très important de Guido Fischer : « *Beitrag zum Durchbruch der Bleibenden Zähne und zur Resorption des Milchgebisses.* — Wiesbaden 1909 ». Ce travail s'accompagne de recherches histologiques trop indiscutables pour que nous omettions d'en donner un bref résumé :

Le système vasculaire est le centre de toute la résorption. Aussi bien à la surface du follicule de la dent de remplacement qu'à l'intérieur de la pulpe de la dent temporaire, s'épanouit un épais réseau capillaire qui pousse de véritables vaisseaux perforants (*durchbohrende Gefässe*) dans le système lamellaire de la substance osseuse et dentinaire, en même temps que de nombreux ostéoclastes et cellules géantes. La disparition proprement dite des tissus des dents de lait résulte, partie de bourgeons capillaires doués de propriétés résorbantes, partie de l'endothélium des parois vasculaires qui peuvent se transformer en ostéoclastes et en cellules géantes.

D'après l'intensité de la résorption, celles-ci peuvent revêtir diverses formes, et se présentent la plupart du temps sous l'aspect de grosses cellules polynucléées ; cependant l'on peut les rencontrer à tous les stades de leur développement.

Les recherches histologiques de Fischer ont démontré surtout que l'endothélium des vaisseaux prolifère jusqu'à oblitérer complètement leur lumière, puis tout le réseau capillaire se détache du système vasculaire en se transformant en cellules géantes et en ostéoclastes. Ces cellules présentent finalement des formations régressives, et disparaissent lorsque leur plasma est complètement assimilé par les polynucléaires. Fischer conclut donc à l'influence primordiale du système vasculaire dans la résorption.

Il est assez curieux de remarquer que, déjà en 1751, Godfrey Jancke (*Dissertation sur les dents*) avait pressenti le mécanisme histologique décrit par Fischer. Il explique, en effet, la résorption des dents de lait par l'oblitération des vaisseaux :

« *Cadunt igitur circa annum septimum, quia ea, ætate circiter, tantam magnitudinem secundi dentes acquirunt, ut priorum vasa comprimendo claudere queant.* »

La même année que Fischer, le remarquable mémoire de J. Choquet (*Etude sur la résorption des dents temporaires*), s'appuyant sur des recherches originales d'anatomie comparée, signale que le processus de résorption n'a pas lieu si la pulpe n'a pas son intégrité, et en tire des conclusions pratiques.

En Septembre 1911 (*La Stomatologia*), Buonsignore publie un article « Anomalies dentaires de siège en rapport avec les traumatismes sur les dents de lait », où après avoir rappelé les phénomènes qui accompagnent la résorption des racines, il démontre :

« Comment il est nécessaire pour que ce processus se

« réalise que la vitalité de la dent de lait, soit assurée par
« *une pulpe suffisamment vasculaire* qui ne soit pas atteinte
« de carie pénétrante ».

« Dans le cas où la pulpe a été détruite, dit-il, il se pro-
« duit un retard de la résorption physiologique de la racine
« de la dent de lait. *Celle-ci se comporte comme un corps*
« *étranger, occasionne des accidents inflammatoires, et finit*
« *par être éliminé tardivement par suppuration, après avoir*
« *troublé l'éruption normale des dents de remplacement.* »

Plus récemment, Luciani (« A propos de la résorption
radiculaire des dents de lait », *Bull. Académie de M.*, 1917),
recherche systématiquement le rôle de la pulpe dans la
résorption.

« Nous avons examiné soigneusement depuis longtemps
« toutes les dents temporaires que nous avons extraites.
« *Sur plus de 200 cas observés, nous avons constaté que chaque*
« *fois que les racines étaient complètement résorbées, la pulpe*
« *était intacte et en parfait état. Par contre, toutes les fois que*
« *les racines n'étaient que peu ou pas résorbées, la pulpe était*
« *sphacélée ou disparue* ».

Il ajoute, et ici nous nous réservons de discuter ses constatations que ne corroborent pas les nôtres, car nous citerons plus loin des exemples où la résorption se fait en l'absence d'un germe sous-jacent :

« Dans tous les cas, bien entendu, la dent de remplace-
« ment était toujours présente ».

Il conclut, et nous n'adopterons qu'une partie de ses conclusions :

« Nous nous croyons autorisé à conclure de ces faits que
« la vitalité de la pulpe de la dent caduque est un facteur
« nécessaire pour la résorption de la racine et que, par
« conséquent, si dans le cours de la résorption la pulpe vient
« à se mortifier, cette résorption s'arrêtera, et la dent per-
« sistera malgré l'éruption de la dent définitive.

« Nous pouvons donc considérer la résorption de la racine temporaire comme étant sous la dépendance de deux facteurs : 1^o Le développement de la dent de remplacement ; 2^o L'intégrité physiologique de la pulpe temporaire.

« Nous pouvons encore aller plus loin, et chercher à concevoir quel peut être le rôle de la pulpe dans le processus de résorption. Rappelons d'abord que la pulpe dentaire est un organe placé dans des conditions anatomiques toutes particulières dans l'économie ; *pourvue de vaisseaux à type nettement terminal et enfermée dans une loge parfaitement rigide*, elle ne communique avec la circulation générale que par un seul point : le foramen apical de la racine. Ce serait donc un organe sans défense dont la vitalité est sous la dépendance immédiate de ses modifications circulatoires. La brusque hyperhémie dans la pulpe ou la compression totale de son paquet vasculo-nerveux à l'apex de la racine, détermineront sa mortification rapide par strangulation vasculaire à l'orifice apical.

« La dent de remplacement, dans son développement continu, doit forcément à un moment donné de son évolution, exercer une certaine pression sur les vaisseaux radiculaires de la dent temporaire qu'elle rencontrera sur son chemin. Cette pression provoquera sur la pulpe temporaire un engorgement veineux qui se traduira au niveau de l'apex par un léger étranglement du paquet vasculo-nerveux radiculaire. Au fur et à mesure que la dent permanente se développera et s'acheminera vers la gencive, la pression qu'elle exercera sur les vaisseaux de la dent caduque deviendra de plus en plus forte, l'engorgement de la pulpe plus prononcé, et son étranglement à l'apex plus marqué. Il arrivera donc un moment où cet étranglement sera tel que la pulpe temporaire devra forcément se mortifier. Or, cette mortification ne se produit pas ; que se

« passe-t-il donc ? C'est que, grâce à la résorption progressive
« de la racine de la dent caduque, la pulpe qu'elle renferme
« a été peu à peu libérée de la prison éburnéenne où elle
« étouffait, et dès lors, la dilatation de ses vaisseaux a pu se
« faire lentement sans risque d'étranglement notable, et
« par suite de mortification.

« Nous en arriverons ainsi à considérer l'apparition de la
« dent de remplacement sous une dent de lait comme une
« sorte de sommation, faite par la nature à cette dernière,
« d'avoir à céder sa place à la nouvelle venue, sous peine de
« mort ».

« *La résorption serait donc à notre avis le résultat d'une
« manifestation nettement défensive de la pulpe temporaire* ».

Dans ces dernières années enfin, Fargin-Fayolle, à propos de la discussion de nombreux cas cliniques présentés à la Société de Stomatologie, et notamment dans un article publié par la *Revue de Stomatologie* (Novembre 1921), scinde le phénomène de résorption des racines des dents temporaires en deux processus convergents : une destruction centripète s'exerçant à la périphérie de la racine, et une résorption à point de départ canaliculaire, nécessairement conditionnée par l'intégrité pulpaire.

De l'examen de ces différents textes, nous pouvons juger qu'il y a une certaine unanimité dans la façon d'envisager le processus de résorption. Mais si les auteurs cités donnent au rôle joué par la pulpe sa juste importance, ils omettent cependant de suivre l'évolution de la dent temporaire, privée de son organe de résorption. Un certain nombre d'observations personnelles nous ont permis de préciser quelle est l'évolution de cette dent dépulpée et d'expliquer le mécanisme de son élimination.

Nous prendrons pour type de description le cas où une dent temporaire, plus spécialement une molaire, atteinte de carie pénétrante, avec gangrène pulpaire, arrive au mo-

ment où elle devrait faire place à l'organe de remplacement sous-jacent. Nous étudierons les modalités de son expulsion, qui nous ont paru d'ailleurs à tel point constantes qu'on pourrait les grouper en un syndrome. A notre connaissance, l'ensemble de ces faits n'a pas jusqu'ici attiré l'attention des auteurs, du moins nos recherches bibliographiques ont été sur ce point tout à fait négatives.

Mais ce cas n'étant qu'un cas particulier, nous nous proposons d'en étudier systématiquement, et d'en confronter d'autres qui peuvent se ramener schématiquement au nombre de six.

Nous les groupons de la façon suivante :

1. Dent temporaire à pulpe vivante, avec présence d'un germe sous-jacent :
Résorption. — Processus normal.
2. Dent temporaire à pulpe vivante, avec présence d'un germe sous-jacent :
Pas de résorption, arrêt ou retard de résorption.
3. Dent temporaire à pulpe vivante, mais absence de germe :
Résorption.
4. Dent temporaire à pulpe vivante, mais absence de germe :
Pas de résorption, arrêt ou retard de résorption.
5. Dent temporaire atteinte de carie pénétrante avec gangrène pulpaire et présence du germe sous-jacent :
Pas de résorption. — Elimination par processus de substitution.
6. Dent temporaire atteinte de carie pénétrante avec gangrène pulpaire, sans germe sous-jacent :
Pas de résorption. — Elimination retardée.

Nous avons pu, avec une plus ou moins grande fréquence, recueillir des observations sur ces différents modes. Les radiographies que nous présenterons plus loin étayent d'ailleurs nos observations.

Nous allons donc envisager les uns après les autres les différents cas dont nous venons de parler, et en tirer les

déductions pathogéniques et thérapeutiques nécessaires.

Mais la classification ci-dessus ne peut être que schématique, et selon notre postulat, nous ne nous étendrons pas sur le cas n° 1, cas normal par excellence, sur lequel les auteurs ont donné des explications satisfaisantes.

Ainsi, nous suivrons l'enchaînement logique de notre raisonnement en prenant la question, en quelque sorte à l'envers, nous en viendrons directement à l'étude du cas n° 5 qui n'a pas encore été décrit, et qui nous paraît particulièrement typique et constant.

CHAPITRE PREMIER

Dent temporaire atteinte de carie pénétrante avec gangrène pulpaire. — Arrêt de résorption

1^o Présence de germe sous-jacent. — Bascule, Ulcération

Comme nous venons de l'indiquer, ce cas est fréquent et présente une unité de symptômes qui nous a paru remarquable. Pour le décrire, tous les types en étant absolument superposables, nous reproduirons seulement une des 347 observations que nous avons recueillies à l'hôpital Trousseau, choisie parmi celles qui nous ont paru le plus probantes.

Paul B..., âgé de onze ans, se présente à la consultation de stomatologie, amené par sa mère qui nous signale que son fils, sans présenter des phénomènes douloureux, est gêné dans sa mastication par plusieurs ulcérations de la muqueuse.

Nos constatations sont les suivantes :

L'examen extérieur ne nous révèle rien de particulier. Aucune tuméfaction, coloration de la peau normale. La recherche systématique des ganglions est négative.

L'ouverture de la bouche présente son amplitude normale.

Les malpositions dentaires sont nombreuses et les arcades présentent un certain degré d'atrésie.

Les incisives définitives ont fait leur éruption et sont indemnes de toute carie, ainsi que les quatre premières mo-

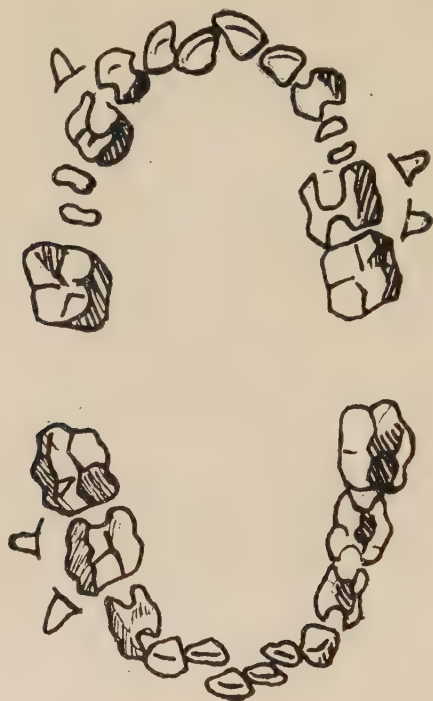


Fig. 1

lares qui affectent, d'autre part, entre elles des rapports d'occlusions normaux.

Les molaires temporaires sont toutes atteintes symétriquement de caries profondes, spécialement remarquables au niveau des secondes molaires. De ces quatre dernières, l'une, D⁵ temp., a perdu toute sa portion coronaire. Les trois autres, anfractueuses, présentent de vastes caries, mettant à nu l'orifice des canaux radiculaires. (voir fig. 1).

Une sonde exploratrice, proménée systématiquement à l'intérieur des caries, ne réveille aucune sensibilité. La percussion n'est pas douloureuse.

La direction générale de ces dents est très fortement inclinée lingualement, et presque horizontale.

A leur niveau, dans le fond du vestibule qu'il traverse, un apex perfore la muqueuse violette, oedématisée, suppu-

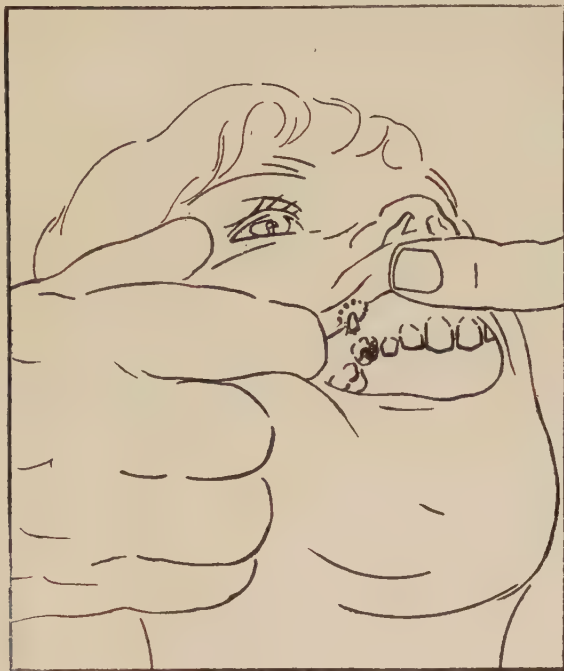


Fig. 2

rante, et son extrémité acérée vient se ficher dans la muqueuse de la joue, où elle se creuse une véritable loge. Celle-ci, coiffant en quelque sorte l'extrémité apicale, est nettement délimitée par un anneau qui, à la palpation, révèle une induration considérable, et n'est pas douloureux. L'indolence singulière de cette ulcération en explique d'ailleurs la tolérance.

La réaction inflammatoire qui l'entoure est localisée et circonscrite aux bords de l'ulcération. Il n'y a pas de traînée lymphangitique, ni de réaction ganglionnaire.

Ces ulcérations multiples (D^4 , G^5 , d^5), ne s'accompa-

gnent pas de cachexie buccale. L'haleine n'est pas fétide, la langue reste propre (voir fig. 2).

Somme toute, nous avons affaire à un enfant atteint de polycarie dentaire ayant provoqué des mortifications pul-paires au niveau de toutes ses molaires de lait, au moment où la résorption de leurs racines était à peine commencée, et ayant arrêté net de ce fait le processus destructif.

Les observations de ce genre ne sont pas rares. Sur un total de 3.810 enfants examinés à la consultation de l'Hôpital Trousseau au cours des années 1924 et 1925, nous en avons noté 347 porteurs d'une ou plusieurs ulcérations du type décrit, ce qui correspond à un pourcentage de 9,1 pour cent.

Ce ne sont donc pas là des cas exceptionnels. Mais si on les rencontre avec quelque fréquence dans les services hospitaliers, on peut dire qu'en clientèle ces constatations sont extrêmement rares.

Dans une autre variante, la racine tout entière est libérée de sa gangue muqueuse et de son alvéole, et dénudée sur toute sa longueur (voir fig. 3).

Une sonde, insinuée sous cette racine, heurte un corps dur arrondi et lisse qui n'est autre que la couronne de la dent de remplacement.

Le tissu osseux alvéolaire n'est pas perçu, même latéralement (voir radio page 21, n° I).

Car, dans le cas que nous venons de décrire, comme dans tous les cas similaires, la dent de remplacement était toujours présente et perceptible, et nous semble avoir joué un rôle que nous tenterons d'expliquer plus loin.

Il est à noter que le processus que nous venons de signaler se rencontre avec un maximum de fréquence au niveau des molaires. Nous ne l'avons jamais constaté pour les canines. En ce qui concerne les incisives, l'évolution ne motive pas de description particulière (voir fig. 4).

Abandonnée à elle-même, l'ulcération n'a aucune tendance à la guérison spontanée avant que la racine causale n'ait été extraite ou expulsée. Nous en avons vu qui dataient, paraît-il, de plus de six semaines et, dans ces cas, l'ulcération présentait seulement une dimension et une indu-



Fig. 3

ration plus marquée. Mais, sitôt la dent basculée extraite, l'ulcération se cicatrise naturellement, au même titre, du reste, que toutes les lésions de la muqueuse buccale d'origine traumatique.

Si nous examinons macroscopiquement la molaire extraite, nous remarquons que la racine, cause de l'ulcération, ne présente que fort peu de traces de résorption. On n'y rencontre généralement que quelques encoches des destructions latérales, ayant la forme de segments de sphères, et dont les bords déchiquetés sont extrêmement acérés.

L'apex est largement ouvert, taillé en biseau, et le diamètre intérieur du canal élargi permet l'introduction d'une sonde de fort calibre sur une longueur de 2 à 3 millimètres.

La racine opposée porte constamment des traces d'une résorption plus intense et qui va jusqu'à diminuer sa longueur de plus de moitié.



Fig. 4

L'état de la résorption nous permet ainsi de saisir le moment où la mortification de la pulpe a eu lieu,

Nous avons dit que la bascule de la racine était presque toujours vestibulaire. Nous en trouvons l'explication dans la moindre épaisseur et la plus faible résistance que présente le tissu osseux de la table externe du maxillaire, condition anatomique qui favorise, au même titre, l'évolution des kystes radiculaires suivant la même direction.

Dans ce cas, le germe de la gent permanente, sollicité dans son ascension par un véritable plan incliné, suit une

marche qui tend à amener son issue en position linguale (voir fig. 5). Nous avons cependant eu l'occasion de rencontrer deux fois sur 347 cas, le phénomène inverse, avec éruption de deux prémolaires en position vestibulaire.

Somme toute, l'explication que nous proposons est la suivante :

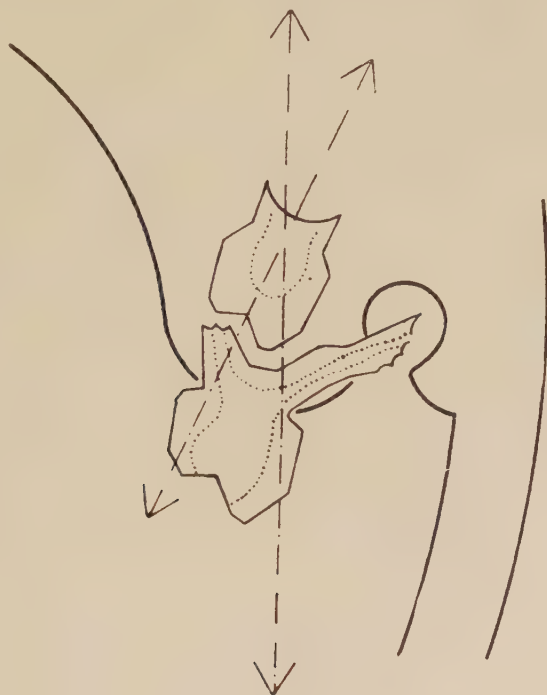


Fig. 5

Par suite de l'arrêt de la circulation sanguine dans la pulpe gangrenée, les phénomènes de résorption ne se produisent pas si la mortification pulpaire précède le début de la résorption, ou bien cessent, ou encore se réduisent au minimum. Se trouvant localisés seulement à la périphérie de la racine, et, n'ayant plus qu'une action limitée et centripète, ils deviennent incapables d'en assurer la destruction.

D'autre part, la pression, faible mais continue, exercée

par la dent de remplacement, pression qui, pour un grand nombre d'auteurs anciens, n'était pas cantonnée dans son rôle étroit de cause adjuvante, mais représente elle-même la déterminante, s'applique sur la concavité inférieure de la dent temporaire, véritable coupole qui ne permet pas le glissement latéral, et provoque sa bascule suivant le plan de moindre résistance.

La racine ainsi mise à nu, et n'étant plus protégée par l'anneau fibro-muqueux qui enserre le collet de la dent, la porte se trouve ouverte à l'infection, qui détermine l'élimination de la dent temporaire par un procédé que nous pourrions appeler, en reprenant l'expression de Malassez et en la transposant : « Une véritable ostéite physiologique de compensation. »

A notre connaissance, seul Buonsignore a signalé jusqu'ici ce processus :

« Celle-ci (la dent temporaire) se comporte comme un véritable corps étranger, occasionne des accidents inflammatoires et finit par être éliminée tardivement par suppuration ».

2° Absence de germe sous-jacent. — Conservation de la dent temporaire

On pourrait nous objecter que le rôle attribué à la pression n'est qu'une hypothèse. Il nous suffit, pour en indiquer la vraisemblance, de mentionner les deux seuls cas que nous ayons pu observer, où l'absence d'un germe sous une dent temporaire dépulpée explique son maintien prolongé dans l'alvéole.

Un seul, malheureusement, est appuyé d'une radiographie.

Dans le premier, il s'agissait d'une jeune fille de dix-sept ans, qui avait conservé ses deux secondes molaires inférieures, atteintes de carie pénétrante, avec destruction pul-

paire, mais ayant gardé une intégrité fonctionnelle totale (voir radio, page 21, fig. II).

Le second cas concernait une femme de cinquante-deux ans qui avait conservé G⁴ et G⁵ temporaires. Ces deux dents obturées à l'amalgame, étaient suffisamment solides pour servir de point d'appui à un appareil de prothèse.

Dans ces deux observations, les dents étaient correctement traitées et obturées.

Nous signalons, d'autre part, avoir rencontré à maintes reprises des racines isolées de molaires temporaires, ayant pris la position verticale, et dont la persistance n'avait pas empêché l'éruption des dents définitives. Ces racines se trouvaient déplacées de leur position primitive et maintenues dans l'espace interproximal des deux dents de remplacement, tantôt du côté vestibulaire, tantôt du côté lingual.

Nous reproduisons, figure III, la radiographie d'une racine de ce genre, tolérée depuis dix-sept ans (voir radio, fig. III, page 21).

Elle est complètement décalcifiée, et la gencive qui la sertit n'est le siège d'aucune inflammation.

Quoi qu'il en soit, chaque fois qu'une dent temporaire est retenue, par suite de l'arrêt de sa résorption, au-delà de l'époque où elle doit disparaître, son maintien prolongé a pour conséquence :

- 1^o De retarder l'éruption de la dent de remplacement ;
- 2^o Et surtout d'obliger cette dent de remplacement à évoluer dans une direction vicieuse.

Nous avons dit que, dans l'immense majorité des cas, la dent définitive était repoussée lingualement. Or, nous n'ignorons pas que cette disposition est un facteur important d'*atréisie*, et que l'*atréisie* est à la base d'un pourcentage considérable de *malpositions dentaires*.

Nous voyons donc l'intérêt majeur qui s'attache au diagnostic précoce de ces ulcérations et à leur traitement : l'extraction de la dent causale.

En résumé, lorsque la résorption des racines d'une dent temporaire, arrivée au terme de sa fonction, cesse par suite de mortification pulpaire, l'expulsion de cet organe transitoire est assurée par un ensemble de phénomènes compensateurs : inflammatoire (ostéite raréfiante), mécanique (pression), qui, pour opérer le clivage libérateur suppléent à l'insuffisance de résorption radiculaire par la destruction de l'alvéole. Ce processus s'accompagne habituellement d'ulcérations muqueuses d'un caractère spécial.

Il nous a été donné d'observer, en deux ans, à la consultation de l'Hôpital Trousseau, 3.810 enfants. Nous avons trouvé chez ceux-ci 347 cas d'ulcérations vestibulaires, plus ou moins étendues, analogues à celle de l'observation type que nous avons décrite, soit un pourcentage de 9,1.

Il serait fastidieux de relater un plus grand nombre d'observations, celles-ci étant absolument superposables.

Nous résumons de la façon suivante les caractères qui leur sont propres et qui leur donnent une allure clinique tout à fait spéciale.

Ulcérations à bords nets, indurés, à fond anfractueux, dépourvues de toute zone inflammatoire périphérique étendue, presque indolores ; et ce peu de sensibilité est en disproportion avec l'étendue et la profondeur des lésions ; elle explique d'ailleurs la longue tolérance des sujets à leur égard.

Enfin, nous n'avons jamais constaté de réaction ganglionnaire. Ce sont là des signes négatifs, et d'apparence paradoxale, qui nous paraissent tout à fait propres à ce genre de lésions, et qui méritent, à ces divers titres, d'être très nettement différenciés des autres ulcérations de la cavité buccale.

RADIOGRAPHIES



Fig. I.



Fig. II.

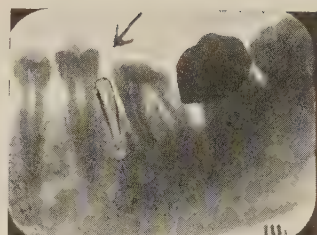


Fig. III.

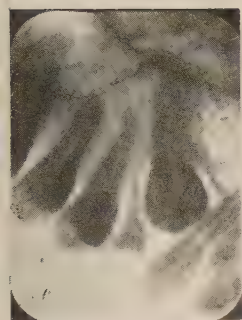


Fig. V.

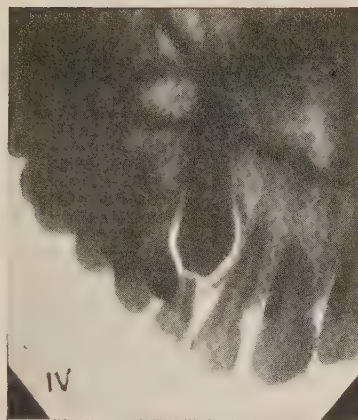


Fig. IV.



Fig. VI.



Fig. VII.



Fig. VIII.

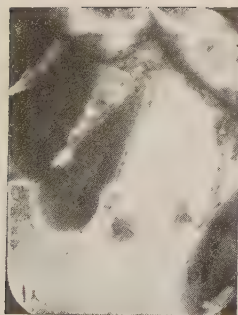


Fig. IX.



Fig. X.

CHAPITRE II

Dent temporaire avec intégrité pulpaire et présence d'un germe sous-jacent Absence, arrêt ou retard de résorption

Les cas qui ressortissent à ce groupe sont probablement plus fréquents qu'on ne peut le constater. Mais ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel, et ne nuisant pas à l'esthétique, ils n'attirent pas l'attention des parents et ne sont, le plus souvent, pas diagnostiqués, ou, s'ils le sont, c'est à l'occasion des soins donnés à une autre dent.

D'après nos observations, ils se rencontrent le plus souvent au niveau des canines du maxillaire supérieur. Nous avons noté deux fois seulement ce mode pour des molaires, et les deux fois, l'anomalie frappait simultanément les deux maxillaires. Nous ne l'avons jamais remarqué typiquement pour les incisives, mais suivant une variété décrite plus loin.

Et d'abord une question préalable se pose : sommes-nous en présence d'un *manque*, d'un *arrêt* ou d'un *retard* de résorption ?

Dans la thèse du docteur Alice Sollier (*De l'état de la dentition chez les enfants idiots ou arriérés*, Paris 1887), nous relevons un certain nombre d'observations où le retard

général de l'enfant amène le *retard local* de la résorption des dents temporaires.

Le cas illustré par la radiographie fig. IV nous paraît devoir être classé parmi les arrêts de la résorption. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans à qui on avait conseillé l'extraction d'une canine temporaire qu'il était surpris de ne pas voir tomber. Il hésitait à subir l'extraction avant d'être certain de l'existence d'un germe de remplacement. La radiographie révéla la présence de ce germe, et un commencement de résorption de la racine de la dent temporaire correspondante.

Cet exemple, qui n'est pas unique, nous semble en contradiction avec les affirmations des auteurs anciens, et même avec celle de Luciani qui mettait la résorption de la racine temporaire sous la dépendance de deux facteurs :

- 1^o Développement de la dent de remplacement ;
- 2^o Intégrité pulpaire.

Le premier de ces facteurs n'étant donc pas suffisant pour provoquer la résorption, nous nous proposons, dans le chapitre suivant, de démontrer qu'il n'est pas non plus nécessaire.

Remarquons d'abord que, dans des cas analogues, la dent temporaire indemne de toute carie, conservée bien au-delà de sa durée normale, subit une transformation particulière. Cliniquement, elle perd sa transparence et devient insensible aux agents thermiques. Généralement abrasée au point que sa face triturante a perdu la totalité de sa couche d'émail, sa trépanation, indolore, permet l'ouverture d'une chambre pulpaire considérablement rétrécie et ne contenant plus que de rares éléments organiques décolorés et non putréfiés. La lumière du canal radiculaire se trouve presque complètement oblitérée. L'extraction, enfin, révèle une résorption localisée à la périphérie de la racine, à marche centripète, en tout cas minime et incapable d'en assurer la destruction totale (voir radio fig. V).

Nous nous trouvons donc en présence d'une véritable dégénérescence pulpaire par calcification, et la coïncidence de ce phénomène avec l'arrêt de la résorption confirme une fois de plus notre conception de la nécessité de la vitalité de la pulpe dans le processus de la résorption.

Il peut arriver, et ceci au niveau des incisives, fait favorisé par la morphologie de ces dents, que la dent définitive évite la dent temporaire non résorbée et fasse éruption à côté d'elle.

Luciani dit, à ce propos :

« On a trouvé parfois, à côté d'une dent permanente
« évoluée, la dent de lait correspondante avec sa pulpe
« intacte et sa racine à peine résorbée. Nous n'avons ren-
« contré ces cas *que dans les dents uniradiculaires, incisives*
« *et canines...* »

Nous avons pu observer ce cas sur une pièce sèche de la collection de notre père, M. J. Choquet. Il s'agissait d'un héli-maxillaire supérieur gauche portant simultanément deux incisives définitives et deux temporaires non résorbées. D'après l'examen de la denture, le sujet devait avoir au moins douze ans.

Pour Luciani, cette disposition anatomique explique l'arrêt de la résorption :

« La compression des vaisseaux cessant de ce fait, la
« pulpe retrouvera son irrigation normale et la résorption
« s'arrêtera. »

Pour nous, la cause de cet arrêt doit se trouver dans la dégénérescence pulpaire, cause d'arrêt de résorption au même titre que la gangrène pulpaire dans le cas de carie pénétrante. Nous nous trouvons donc dans les mêmes conditions que celles qui caractérisent le cas n° 5, précédemment décrit.

Mais quelles sont les raisons qui provoquent une évolution différente :

1^o Nous avons affaire à des dents uniradiculaires. Leur couronne, aplatie ou pointue allant à la rencontre de l'extrémité effilée de la racine temporaire, peut facilement, à un moment donné de sa poussée éruptive, passer à côté, vu l'exiguité du point de contact. *El la bascule due à la pression ne se fait plus.*

2^o Lorsque la dent de remplacement ne fait pas éruption à côté de la dent temporaire qu'elle devrait remplacer, c'est qu'elle se trouve bloquée entre les racines des deux dents voisines. Des anomalies de ce genre se rencontrent assez fréquemment au niveau des canines supérieures et presque toujours il s'agit alors de sujets adénoïdiens, à voûte palatine ogivale et maxillaire atrésié.

Faute d'avoir pu suivre pendant plusieurs années des cas de ce genre, nous ne saurions qualifier expressément ces défauts de résorptions de *manque* ou de *retard*. Mais ce qui nous a paru constant, c'est la coexistence de signes cliniques révélant une tare organique ou une déficience de l'état général.

Nous n'en citerons qu'un exemple :

Mlle S..., 17 ans, est envoyée le 17 Février 1923 à la consultation de l'Hôpital Trousseau pour une malposition dentaire (protrusion des incisives supérieures).

Nous notons l'absence de toutes les prémolaires et la persistance des molaires temporaires qui ne présentent pas de mobilité et sont indemnes de toute carie.

La sensibilité thermique est conservée, preuve de l'intégrité pulpaire.

La radiographie du maxillaire inférieur ne montre aucune trace de résorption radiculaire, mais la présence des follicules des prémolaires, réduits à leur portion coronaire.

En dehors de leur malposition, toutes les autres dents sont normales comme nombre et comme forme, sauf les incisives latérales qui affectent une forme conoïde.

L'examen somatique révèle un développement général retardé, la taille est au-dessous de la moyenne, l'intelligence obtuse. Pas de myxœdème. Le système pileux est pauvre. Les yeux sont frappés de kératite interstitielle. Les commémoratifs nous apprennent l'existence d'une otite double ancienne. Wassermann faiblement positif.

Il ne nous est malheureusement pas possible de reproduire la radiographie, rendue inutilisable.

Malgré nos recommandations, cette malade n'est pas revenue à la consultation. Nous ignorons donc l'évolution de son cas. Il est à présumer que l'absence de fait nouveau a motivé son abstention. A son sujet, nous pouvons rappeler que J. Fox (*The Natural history of the human teeth*, London, 1803), cite plusieurs cas où les dents temporaires se trouvaient, par nécessité, devenues permanentes, et étaient conservées pendant de nombreuses années.

En résumé, nous nous croyons autorisés à conclure que, sous l'influence d'une affection générale, la pulpe d'une dent temporaire, cause efficiente locale de la résorption, peut subir une véritable régression et perdre ses facultés destructives.

Suivant qu'il s'agit d'une dent uni ou pluriradiculaire, suivant la densité du tissu osseux alvéolaire et l'espace qui lui est réservé entre les dents définitives contiguës, le follicule de la dent de remplacement fait son éruption à côté d'elle ou reste inclus dans le maxillaire.

Si ses rapports d'occlusion sont normaux, la conservation de la dent temporaire est assurée, à condition que l'arrêt de l'activité destructive de la pulpe ait précédé la résorption radiculaire en lui conservant des moyens d'attache suffisants avec le maxillaire.

CHAPITRE III

Dent temporaire vivante, mais absence de germe Résorption

Depuis fort longtemps, les auteurs ont signalé des cas où la résorption des racines des dents temporaires s'est faite d'une manière complète en l'absence du germe de remplacement.

J. Fox en 1803 écrivait déjà :

« Mais il y a souvent des cas où la résorption s'effectue
« sans qu'il y ait apparence de pression. En effet, chez cer-
« tains enfants, la dent temporaire disparaîtra de nombreux
« mois avant l'apparition de la nouvelle dent. Et dans bien
« des cas, c'est la même chose qui se passe *lorsqu'une nou-*
« *velle dent ne paraît pas pour remplacer celle qui est tombée* ».

A cette époque, faute de confirmation radiographique, cette absence de follicule définitif n'était qu'une présomption. Depuis la publication d'un certain nombre d'observations indiscutables étayées par des radiographies, la résorption totale des dents temporaires sans germe sous-jacent a été nettement démontrée.

Le classique ouvrage de Galippe et Malassez (*Les débris épithéliaux paradentaires*) signale ce fait :

« A remarquer toutefois que cette action destructive se-

« rait comme indépendante de la dent permanente, puis-
« qu'on l'aurait vu se produire dans des cas où il n'existait
« pas de dent destinée à remplacer la dent de lait en voie de
« résorption.

« La chambre se prépare alors même que l'hôte attendu
« n'arrive pas, comme si les ordres avaient été donnés en-
« dehors de lui. Sur ce point, comme sur tant d'autres, nous
« arrivons à dire ce qui n'est pas, sans pouvoir dire ce qui
« est ».

Depuis sont à mentionner à ce sujet les communications probantes de :

Gires : Absence de prémolaires, malposition des canines (*Revue de Stomatologie*, Déc. 1910).

Chompret : Atlas des maladies des dents et de la bouche (Preiswerk, p. 81).

Ovize : (Communication à la Société de Stomatologie, Mai 1913). Absence congénitale de 26 dents. Les dents temporaires sont résorbées.

Amblard : absence congénitale de huit dents permanentes (*Revue de Stomatologie*, Juin 1913).

Fargin-Fayolle : Note sur la résorption des racines des dents temporaires (*Revue de Stomatologie*, 1921).

Coffart (*Revue de Stomatologie*, 1922, p. 711).

Personnellement, nous avons eu l'occasion de vérifier le fait sur dix-sept observations, systématiquement confirmées par des radiographies.

Le cas se présentait à nous sous deux formes : il s'agissait soit d'enfants dont les dents temporaires tombées naturellement ou extraites, n'étaient pas remplacées, soit d'adultes qui avaient conservé des dents temporaires au-delà de leur époque de remplacement.

Chaque fois qu'il nous a été possible d'examiner une dent de lait résorbée dans ces conditions, elle nous a paru pré-

senter des phénomènes de résorption *absolument identiques* à la normale.

Le seul fait notable est la persistance prolongée de ces dents dans l'arcade dentaire. L'explication doit en être trouvée dans la conservation d'une occlusion correcte, dans l'intégrité de l'anneau fibro-muqueux qui les sertit au collet, et dans l'absence de la pression expulsive qu'aurait exercée un germe sous-jacent.

Il serait intéressant de préciser la durée de persistance de ces dents temporaires presque complètement privées de moyens de fixation. Le sujet dont nous donnons, fig. VII et VIII (voir page 21), les radiographies, était âgé de 32 ans. A ce moment, la deuxième molaire supérieure gauche occupait encore sa place, était correctement articulée avec la dent antagoniste et ne présentait que très peu de mobilité. L'homologue du côté droit était tombée spontanément deux ans auparavant.

Thorvald Kjaer (*Dental Cosmos*, 1907), « A case of congenital total absence of the permanent teeth » a pu suivre pendant plusieurs années l'évolution d'un cas analogue, mais encore plus marqué, puisque toutes les dents définitives faisaient défaut. Le malade dont il publie l'observation avait spontanément perdu toutes les dents temporaires du maxillaire inférieur à l'âge de douze ans. A quinze ans, quelques dents du maxillaire supérieur s'éliminèrent. A vingt-cinq ans, l'auteur constatait la persistance de D⁵ et G⁵, D³ et G³ et G¹.

Cette observation en particulier infirme les conclusions de Luciani à propos de « *La chute des dents de lait en l'absence de toute dent de remplacement correspondante* ».

« Ces cas sont beaucoup plus rares, nous n'en avons jamais rencontré, et nous doutons fort que la résorption soit complète. Quoi qu'il en soit, on pourrait invoquer ici une particularité anatomique régionale, une véritable

« anomalie. Par une branche de bifurcation du paquet.
« vasculo-nerveux radiculaire, la dent temporaire aurait
« une irrigation sanguine commune avec une dent voisine,
« et alors, la résorption se serait produite sur les deux dents
« à la fois, par suite de la compression du tronc vasculaire
« commun. »

Quelle que soit l'ingéniosité de cette théorie, et étant donné la fréquence relative des cas dont Luciani dit n'avoir jamais rencontré d'exemples, nous ne saurions adopter son point de vue à ce sujet. Mais, des nombreuses observations rapportées, nous ne pouvons que constater que le déclenchement du processus de résorption est absolument indépendant de la présence d'un follicule de dent définitive (fig. VI à X) (voir page 21).

CHAPITRE IV

Dent temporaire avec intégrité pulpaire et absence de germe sous-jacent Absence, arrêt ou retard de résorption

Nous croyons pouvoir faire entrer dans ce cadre l'observation sommaire d'une malade de 45 ans, partiellement édentée qui gardait encore deux molaires temporaires supérieures droites, abrasées mais non cariées, et très solidement maintenues dans leurs alvéoles.

L'examen radiographique n'ayant pu être fait, nous ne nous appesantirons pas sur ce cas, modalité possible, mais que nous n'avons pu confirmer par d'autres observations rigoureusement probantes. D'après nos études précédentes d'ailleurs, il ne paraît pas illogique d'en concevoir l'existence.

Considérations thérapeutiques

Par ce qui précède, nous avons pu juger de l'importance que l'on doit attacher à la conservation de l'intégrité pulpaire des dents temporaires pour en permettre la résorption correcte.

De ce fait, découle la nécessité de pratiquer l'examen systématique et régulier de la denture des enfants.

Nous ne pouvons faire mieux à ce sujet, que de reproduire ici l'opinion autorisée de Rousseau-Decelle, dans son article de la *Vie Médicale* (1921), « Sur la Conduite à tenir dans la carie des dents de lait ».

« Aujourd'hui, encore, c'est un préjugé répandu dans le public, et même chez beaucoup de médecins, qu'il est inutile de soigner les dents de lait, puisque ces dents doivent faire place un jour à une denture définitive. Cette abstention thérapeutique constitue une erreur singulièrement préjudiciable à la santé de l'enfant, car les caries des dents de lait sont susceptibles d'entraîner toute une série de conséquences pathologiques.

« 1^o Lorsqu'elles sont douloureuses, elles entravent la mastication, soit d'un seul côté, soit des deux.

« 2^o Lorsqu'elles sont infectées, abcédées, fistulisées, elles retentissent immédiatement sur les ganglions sous-maxillaires...

« *Il importe donc de traiter les caries des dents de lait au même titre que celles des dents définitives...* »

Malheureusement, c'est presque toujours lorsque l'enfant souffre que l'attention des parents s'éveille.

A ce moment, le praticien consulté se trouve en général en présence d'une pulpe exposée, ou même ouverte et infectée. Le traitement habituel est l'extraction prématurée de l'organe, qui, en procurant à l'enfant la sédation de ses douleurs, n'en a pas moins pour lui des conséquences fâcheuses, en gênant sa mastication et en provoquant par la suite des malpositions dentaires.

Dans le cas où, plus averti, l'opérateur procède à l'amputation de la pulpe et à l'obturation de la dent, nous savons que ce procédé influe cependant sur l'évolution de la dent de remplacement, en troublant la résorption des racines temporaires.

Dans le but de conserver à tout prix l'intégrité physiologique des pulpes des dents de lait, nous avons systématiquement tenté d'en pratiquer le coiffage. Ce traitement est unanimement condamné à l'heure actuelle, lorsqu'il s'agit de pulpes de dents définitives.

Hopewell-Smith qui a particulièrement étudié l'histologie de cet organe en fait une règle absolue.

« L'habitude de coiffer les pulpes, quelque légère que soit leur exposition, doit être rejetée comme une méthode de routine. »

Nous basant sur l'énorme volume relatif de la pulpe des dents temporaires, qui doit, dans notre esprit, correspondre à une plus grande vitalité, nous nous sommes cru autorisé à enfreindre cette règle, pour tenter de prolonger la vie de l'organe le plus longtemps possible.

Pont, de Lyon, avait déjà préconisé ce traitement chez les enfants, avec cette restriction qu'il n'en conseillait l'em-

ploi que pour les pulpes mises à nu accidentellement. Il en donnait les indications suivantes :

1. Opérer aseptiquement ;
2. Ne pas irriter par des médicaments caustiques ;
3. Eviter toute pression.

Dans les cas où nous avons eu affaire à une pulpe ouverte, mais vivante, nous avons tenté d'en pratiquer l'amputation *partielle* suivie de coiffage, en nous inspirant des directives de Pont.

Comme lui, nous avons employé la pâte oxyde de zinc et eugénol de consistance très molle, appliquée sans aucune pression. Ce pansement était recouvert d'un opercule de ciment provisoire versé dans la cavité à consistance liquide. L'obturation définitive n'était faite qu'après deux semaines d'observation.

Nous avons obtenu de la sorte un pourcentage de succès atteignant 60 %.

D'autres formules ont été proposées :

Formule de Johnson :

Thymol.
Glycérine.
Oxyde de zinc.

Formule de Lehr :

Collodion pharmaceutique	30 gr.
Créosote de hêtre.....	V gouttes.
Huile de ricin.....	2 à 3 gr.
Iodoforme (q. s. pour pâte épaisse.)	

Formule de Kirk :

Thymol.....	} aa
Paraffine	

Formule de Buckley :

Menthol.
Thymol.
Acide phénique ou phénol compound.

Ce mélange, scellé dans la cavité sous ciment provisoire, était remplacé au bout de huit à quinze jours par une pâte composée de :

Phosphate de chaux précipité.
Eugénol.

Il est malheureusement des cas où le coiffage échoue et où nous devons nous résigner à supprimer complètement la circulation de la pulpe en arrêtant de ce fait toute possibilité de résorption. La dent sera alors soumise à l'action momifiante d'une pâte formolée, et, plus tard extraite, après contrôle radiographique, au moment correspondant à sa chute naturelle.

Nous devons envisager maintenant la conduite à tenir quand nous nous trouvons en présence d'une dent temporaire vivante, conservée au-delà de sa durée normale.

Ici encore, la radiographie précisera les indications d'une intervention. Si la dent de remplacement est absente, et que la dent temporaire présente, avec une occlusion normale des moyens d'attache suffisants avec le maxillaire, il faudra se garder d'en pratiquer l'extraction.

Si au contraire le follicule existe, et dans une position compatible avec son éruption en bonne place, il y aura indication formelle d'extraire la dent de lait incomplètement résorbée avant que le germe définitif ait pris son développement complet dans l'épaisseur même du maxillaire.

Ou bien, si la dent temporaire est atteinte de carie pénétrante avec gangrène pulpaire, mais sans réaction alvéolaire, son traitement rationnel devra être effectué comme pour une dent définitive, surtout si cette dent ne doit être remplacée que plusieurs années après.

Enfin, si la dent temporaire est abcédée, fistulisée, ou en voie d'élimination par bascule, suivant le processus que nous avons décrit, il ne faudra pas hésiter à en pratiquer

l'extraction, quitte à la remplacer provisoirement par un appareil de prothèse destiné à rétablir la mastication et à réserver la place de la dent de remplacement.

D'une façon générale, nous ne saurions jamais assez insister sur la nécessité, trop ignorée ou trop oubliée par les parents et même les médecins, de donner aux dents temporaires tous les soins auxquels elles ont droit au même titre que les dents définitives dont elles conditionnent l'évolution.

CONCLUSIONS

1. — La pulpe, organe de la formation de la dent, est également organe de destruction. Son intégrité est la condition nécessaire de la résorption des racines des dents temporaires.

2. — Lorsqu'une dent temporaire est atteinte de carie pénétrante, la résorption de ses racines ne se fait pas ou s'arrête si elle est déjà commencée.

3. — Dans ce cas le processus destructif à marche centripète qui peut encore s'exercer à la périphérie des racines est incapable d'en provoquer la disparition.

4. — C'est alors què, pour permettre l'éruption de la dent définitive sous-jacente, se substitue à la résorption normale un processus d'élimination particulier, non encore décrit, présentant des caractères de constance tels qu'il nous paraît logique d'en faire un véritable syndrome.

5. — La marche du processus est la suivante : Sous l'influence de la pression exercée par le follicule sous-jacent, la dent temporaire bascule du côté lingual, mettant à nu une partie de la racine. L'expulsion de la dent temporaire morte se fait donc, non par la destruction des racines, mais aux dépens de la gangue osseuse.

6. — Dénudée par la bascule, l'extrémité apicale fait saillie dans le vestibule et vient se ficher dans la muqueuse génienne, où elle provoque une véritable ulcération. Celle-ci ne s'accompagne jamais de réaction ganglionnaire et se cicatrice spontanément après l'extraction de la dent causale.

7. — Ce processus amène le retard d'éruption des dents de remplacement et leur malposition.

8. — Lorsque le germe de la dent de remplacement est absent, la bascule ne se produit pas.

9. — L'intégrité de la pulpe, condition nécessaire de la résorption, est cependant insuffisante puisque les dents temporaires à pulpe intacte cessent parfois de se résorber sous une influence générale.

10. — La présence d'un follicule de dent permanente n'est ni suffisante ni nécessaire pour provoquer la résorption des racines d'une dent temporaire.

11. — De ces faits, découle la nécessité de soigner les dents temporaires au même titre que les définitives, et en particulier de conserver autant que possible l'intégrité physiologique de leur pulpe.

BIBLIOGRAPHIE

- Adams.** — Treatment of deciduous molars. — *Internat. Dental Journ.*, Philadelphie, 1903.
- Amblard.** — Absence congénitale de huit dents permanentes. — Résorption normale des dents temporaires. — *Rev. Stom.*, 1913.
- Berten.** — Über das Stehenbleiben der Milchzähne. Seine dentung unde Bedeutung. Corr. Bl. für Zahnärzte. — Berlin, 1900.
- Besson.** — Eruption des dents temporaires. — Thèse, Paris, 1899.
- Boque.** — The relation of the temporary teeth to the permanent teeth. — *Dental Rev.*, Chicago, 1912.
- Bogue E.-A.** — Quelques-unes des causes de l'irrégularité des dents. — *Odont.*, Déc., 1903.
- Bogue E.-A.** — Théorie confirmée par la pratique. De l'utilité de la correction des anomalies des dents temporaires. — *Odont.*, Déc. 1906.
- Bourdet.** — Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du dentiste, 1786.
- Branca.** — Précis d'Histologie.
- Buonsignore.** — Anomalies dentaires de siège en rapport avec les traumatismes sur les dents de lait. — *La Stomatologia*, Sept. 1911.
- Capdepont.** — Résorption partielle de la deuxième molaire supérieure déterminée par l'éruption de la dent de sagesse. — *Rev. Stomat.*, 1911.
- Cavalié M.** — Pathogénie de la carie dentaire. — *Odont.*, 1907.
- Choquet J.** — Etudes sur la résorption des racines des dents de lait. — Paris, 1909.

- Colyer J.-F.** — Anomalies de position des dents. — *Ash's Monthly*. Juin 1914.
- Cruet.** — Compte rendu Société de Stom., Janvier 1906.
- Day.** — The deciduous teeth. — *Pacific Dental Gazette*, San Francisco, 1922.
- Didsbury.** — De la nécessité du traitement des dents de lait. — *Rev. Obst. et Gynéc.*, Paris, 1896.
- Doskow.** — The retention of deciduous teeth in adult. — *Dental Cosmos*, 1907.
- Fargin-Fayolle.** — Présentation d'une dent permanente atteinte de résorption radiculaire avec intégrité de la pulpe. — *Rev. Stom.*, 1909.
- Fargin-Fayolle.** — Note sur la résorption des racines des dents temporaires. — *Rev. Stom.*, XXXX, Nov., 1921.
- Fargin-Fayolle et Poinso.** — Présentation d'une dent atteinte de résorption radiculaire localisée. — *Rev. Stom.* 1910.
- Fischer (Guido).** — Beitrage zum Durchbruch der Bleibenden Zähne und zur Resorption des Milchgebisses. — Wiesbaden, 1907.
- Fox J.** — The natural history of human teeth. — London, 1803.
- Gires P.** — Absence des prémolaires. Malposition des canines. — *Rev. Stom.*, 1910.
- Graham (Don.).** — Etat des dents dévitalisées. — *Rev. Stom.*, 1911.
- Heller A.** — Sur la physiologie de la pulpe dentaire. — *Oester-ungar Vierteljahr. für, Zahnheil*, 1910.
- Hernici A. et Hertz Th.** — Etudes microscopiques des pulpes provenant des dents infectées. — *Journal dent. Research*, Déc. 1920.
- Hopewell-Smith.** — Some remarks on the human dental pulp. its reactions to injury, its diseases and their immediate and remote complications and sequelae. — *Dental Cosmos*, Mai 1924.
- Johnson.** — Text book of operative dentistry. The treatment of children's teeth.
- Kay.** — The care of the primary dentition. — *Brit. Dent. Journal*, 1920.
- Kallhardt.** — Beiträge zum Durchbruch der bleibenden, Zähne, 1910.
- Kolliker.** — Die normale Resorption des Knochengewebe, 1873.
- Kronfeld.** — Die Behandlung der Milchzähne. — *Wiener Med. Wochensch.*, 1899.

- Laforgue.** — Théorie et pratique de l'art du dentiste. — Paris, 1810.
- Lassudrie.** — A propos d'une résorption radiculaire. — *Rev. Stom.*, 1906.
- Luciani.** — A propos de la résorption radiculaire des dents de lait. — *Bull. Acad. de Méd.*, Paris, 1917.
- Mallassez L.** (par le **D^r Galippe**). — Les débris épithéliaux paradentaires, Paris, 1910.
- Mercier M.-L.** — Les processus phagocytaires pendant la métamorphose des batraciens anoures et des insectes. — Th. Fac. Sc., Nancy, 1906.
- Metchnikoff** — Leçon sur la pathologie de l'inflammation. — Paris, 1892.
- Metchnikoff.** — Etude sur la résorption des cellules (*Annales de l'Institut Pasteur*, Tome 13).
- Milford.** — The care of childrens teeth. — *Cincinnati Lancet*, 1899.
- Mummery J.-H.** — The morbid histology of the teeth. — *Brit. Dental Journ.*, 1921.
- Novitsky.** — The problem of devitalized teeth. — *Journ. dent. Researches.* — Baltimore, 1920.
- Oudet J.-E.** — Introduction à l'étude de l'anatomie et de la physiologie des dents. — Paris, 1854.
- Ovize.** — Absence congénitale de 26 dents. — *Comm. Soc. Stom.*, Mai 1913.
- Pierce.** — The deciduous teeth, their eruption and removal. — Philadelphie, 1887.
- Pont.** — Précis des maladies des dents et de la bouche.
- Redier.** — De la chute physiologique des dents de lait. — Thèse Lille, 1881.
- Robin.** — Sur le rôle de la mastication et du sac folliculaire dans l'ascension des dents, 1899.
- Rosenthal.** — Les dents de lait, utilité de leur conservation jusqu'à leur chute physiologique. — *Ann. Polycl.* Paris, 1887.
- Rousseau-Decelle.** — Sur la conduite à tenir dans la carie des dents de lait. — *Vie Médicale*, Paris, 1921.
- Roy M.** — Prophylaxie et traitement de la carie dentaire chez les enfants. — *Rev. Odont.*, 1924.
- Serres A.** — Nouvelle théorie de la dentition, 1817.
- Siffre.** — Rôle de la dent permanente dans la résorption des racines des dents de lait. — *Rev. Odont.*, Mars 1912.

- Smith D. D.** — The true state of the pulpless tooth. — *Brit. J. Dent. Sc.*, London, 1900.
- Sollier (Dr Alice).** — De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. — Thèse, Paris 1887.
- Subirana L.** — Anomalies de l'occlusion dentaire et orthodontie. — Madrid, 1912.
- Thorvald Kjaer.** — A case of congenital total absence of the permanent teeth. — *Dental Cosmos*, 1907.
- Treuenfels Paul.** — Mikroskopische Untersuchungen über die Resorption der Milchzähne, 1901.
- Trichet.** — Des rapports qui existent entre les diverses affections de la muqueuse buccale et l'état des dents. — Thèse Paris, 1884.
- Trueb.** — Dimension de la chambre pulpaire aux différents âges. — *Deutsche Monatsch. für Zahnheil'*, 1909.
- Webster.** — Devitalization and managements of pulps and pulp canals of deciduous teeth. — *Dominion Dent. J.*, Toronto, 1910.
- Weill.** — *Précis de Médecine infantile.* — Coll. Testut, 3^e Edit.
- White O. W.** — Care of the deciduous teeth. — *Dental reg. Cincinnati*, 1908.

Vu : le Président de thèse,
Nobécourt.

Vu : le Doyen,
Roger.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Lapie.

Table des Matières

<i>Introduction</i>	1
---------------------------	---

CHAPITRE PREMIER

Dent temporaire atteinte de carie pénétrante avec gangrène pulpaire. — Arrêt de résorption.....	11
1 ^o Présence de germe sous-jacent. — Bascule, Ulcération.....	11
2 ^o Absence de germe sous-jacent. — Conservation de la dent temporaire.....	18

CHAPITRE II

Dent temporaire avec intégrité pulpaire et présence d'un germe sous-jacent. — Absence, arrêt ou retard de résorption	21
--	----

CHAPITRE III

Dent temporaire vivante, mais absence de germe. — Résorption	27
--	----

CHAPITRE IV

Dent temporaire avec intégrité pulpaire et absence de germe sous-jacent. — Absence, arrêt ou retard de résorption ..	31
Considérations thérapeutiques.....	33
Conclusions	39
Bibliographie	41

IMPRIMERIE
MAURICE DORMANN
16, Rue Saint-Mars, Etampes (S.-et-O.)

